

醫療保險銷售詐騙舉報投訴表格

投訴詳細資訊：

1) 公司向您提供何種保險：

2) 您是否接受該保險： 是 否

3) 您是否相信該公司做出錯誤陳述： 是 否

4) 您認為什麼樣的陳述屬於錯誤陳述：

5) 您是否為此向該公司付款： 是 否

若有，付款金額是多少：

使用何種支付方式：

6) 公司首次與您聯繫的時間是（月/日/年）：

7) 您最初是何反應：

8) 公司以何種方式與您聯繫：

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 電話 | <input type="checkbox"/> 醫生辦公室、藥房或醫院 |
| <input type="checkbox"/> 電子郵件 | <input type="checkbox"/> 廣告——請描述廣告內容和位置 |
| <input type="checkbox"/> 家中 | <input type="checkbox"/> 其他——請說明 |

9) 您是否與該公司簽署過任何文件： 是 否

10) 您是否向公司提供過任何個人或財務資訊： 是 否

11) 請列出您請求協助的任何其他機構或單位：

12) 您希望以何種方式解決投訴：

其他資訊

請說明任何您經歷中任何重要的其他資訊，包括：該公司資訊、公司向您提供的保險以及您是否接受該保險。

消費者資訊

請提供您的聯繫方式，以便我們能夠在必要時聯繫您，獲取有關您投訴的進一步資訊。

姓名_____

郵寄地址_____

城市_____州_____郵編_____

日間電話 # _____ 夜間電話# _____

電子郵件_____

公司資訊

請告知就該公司您已知的任何資訊。

公司名稱_____

郵寄地址_____

城市_____州_____郵編_____

電話 # _____ 電子郵件_____

網址_____

公司代表人姓名_____

公司代表人職稱_____

電話# _____ 電子郵件 _____

代表人如何描述他/她所從屬的機構（例：計畫、加州全保、政府專案等）： _____

13) 您是否擁有該公司的任何文件： 是 否

若您願意提供您擁有的任何與您案件有關的文件，請於提交時同時提供一份文件副本。

我正在請求醫療保健管理局（DMHC）協助我的投訴。我知悉 DMHC 將會保護我的個人資訊。如我的投訴屬於 DMHC 的管轄範圍，DMHC 會進行進一步調查並與我聯繫。在適當的情形下，DMHC 會將我的投訴提請加州全保、保險局或其他機構進行進一步複審。

簽名： _____ 日期： _____

說明：

以郵寄或傳真的方式提交投訴表格：

1. 填寫並簽署表格。如您需要額外空間填寫答案，請再附上一頁。
2. 投訴時請附上您認為與投訴相關的信函或其他文件的副本。請寄送文件副本，而非正本。求助中心不會返還任何文件。
3. 傳真或郵寄本表和任何附加的文件副本至下列地址：

Help Center
Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

傳真：916-255-5241

如您對投訴表格有任何疑問，請致電求助中心免付費電話 1-888-466-2219 或（聽障人士專線）1-877-688-9891